CA Seguros
Seguramente ao seu lado.

SEGURO
CA ACIDENTES PESSOAIS

Participação de Sinistro

N.º APÓLICE _____ **PROCESSO DE SINISTRO N.º** _____

TOMADOR DO SEGURO

NOME _____

MORADA _____

LOCALIDADE _____ CÓDIGO POSTAL ____ - ____

RAMO DE ACTIVIDADE _____ TELEFONE _____

N.º CONTRIBUINTE _____

NIB _____

SINISTRADO

NOME _____

MORADA _____

LOCALIDADE _____ CÓDIGO POSTAL ____ - ____

PROFISSÃO _____ TELEFONE _____

N.º CONTRIBUINTE _____ DATA DE NASCIMENTO ____ ____ ____
DIA MÊS ANO

NIB _____

ACIDENTE

DATA DA OCORRÊNCIA ____ ____ ____
DIA MÊS ANO

HORA ____ ____
HORA MIN.

LOCAL _____ CONCELHO _____

DESCRIÇÃO PORMENORIZADA DO ACIDENTE _____

_____

QUAL A TAREFA QUE EXECUTAVA NO MOMENTO DO ACIDENTE ? _____

LESÕES PRODUZIDAS _____

O ACIDENTE RELACIONA-SE COM A SUA PROFISSÃO ? NÃO ☐ SIM ☐

O ACIDENTE ENCONTRA-SE COBERTO POR ALGUMA APÓLICE DE ACIDENTES DE TRABALHO ? NÃO ☐ SIM ☐

EM QUAL COMPANHIA ? _____ N.º DA APÓLICE E/OU NOME DA ENTIDADE PATRONAL _____

ANTERIORMENTE TEVE LESÕES NA MESMA REGIÃO DO CORPO ? NÃO ☐ SIM ☐

O SINISTRADO TRABALHOU DEPOIS DO ACIDENTE ? NÃO ☐ SIM ☐ EM CASO AFIRMATIVO, ATÉ QUANDO ? _____

EM QUE HOSPITAL / CLÍNICA FORAM PRESTADOS OS PRIMEIROS SOCORROS ? _____

LOCALIDADE _____ INDIQUE O NOME DO MÉDICO ASSISTENTE _____

DEPOIS DE ASSISTIDO O SINISTRADO FICOU INCAPACITADO DE ATENDER A QUALQUER OUTRA OCUPAÇÃO ? _____

O SINISTRADO FICOU HOSPITALIZADO ? NÃO ☐ SIM ☐ EM CASO AFIRMATIVO, ONDE ? _____

QUANDO E ONDE PODE SER VISITADO PELOS NOSSOS SERVIÇOS CLÍNICOS ? _____

EM CASO DE ACIDENTE DE VIAÇÃO INDIQUE:

NOME DO CONDUTOR _____

N.º CARTA DE CONDUÇÃO _____ MATRÍCULA DA VIATURA _____

FOI LEVANTADO ALGUM AUTO PELAS AUTORIDADES ? NÃO ☐ SIM ☐ EM CASO AFIRMATIVO, QUAL ? _____

TESTEMUNHAS DO ACIDENTE

1. NOME _____

MORADA _____

É FAMILIAR DO SINISTRADO ? NÃO ☐ SIM ☐ EM CASO AFIRMATIVO, QUAL O GRAU DE PARENTESCO ? _____

2. NOME _____

MORADA _____

É FAMILIAR DO SINISTRADO ? NÃO ☐ SIM ☐ EM CASO AFIRMATIVO, QUAL O GRAU DE PARENTESCO ? _____

_____ ____ ____ ____ _____
LOCAL DA PARTICIPAÇÃO DIA MÊS ANO O SEGURADO

IMP.PO.08.00000004.01.01

CRÉDITO AGRÍCOLA SEGUROS
Companhia de Seguros de Ramos Reais, S.A.
Av. Eng.º Duarte Pacheco, 19 - 2.º | 1070-100 Lisboa
tel.: (+351) 213 806 000 (dias úteis das 8:30 h às 17:30 h) | fax: (+351) 213 806 001
www.ca-seguros.pt
Grupo CA Crédito Agrícola
Capital Social: 18.000.000 Euros | M.C.R.C. Lisboa e Pessoa Colectiva n.º 503 384 089